

**De la Neurotomie Rétro-Gassérienne
dans le Traitement de la Névralgie faciale
Résultats Opératoires**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 8 Juin 1940

par

Z. S. HANTCHEF

né le 23 Juillet 1910, à St-ZAGORA (Bulgarie)

Ancien Assistant d'oto-rhino-laryngologie
à la Faculté de Médecine de Nancy

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. BRÉMOND ROGER MOIROUD CARCASSONNE
---------------------------	---	--

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

De la Neurotomie Rétro-Gassérienne
dans le Traitement de la Névralgie faciale
Résultats Opératoires

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 8 Juin 1940

par

Zdravko S. HANTCHEF

né le 23 Juillet 1910, à St-ZAGORA (Bulgarie)

Ancien Assistant d'oto-rhino-laryngologie
à la Faculté de Médecine de Nancy

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examineurs de la Thèse	{	BRÉMOND	{	Président.
		ROGER		Assesseurs
		MOIROUD		
		CARCASSONNE		

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : Lucien CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraire : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraire : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} GEORGE

Professeurs :

<i>Anatomie</i>	CORSY
<i>Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale..</i>	CORNIL
<i>Bactériologie..</i>	ROUSLACROIX
<i>Chimie analytique et hydrologie</i>	RIMATTEI
<i>Chimie médicale</i>	ROCHE
<i>Clinique chirurgicale</i>	FIOLLE
<i>Clinique chirurgicale</i>	BOURDE
<i>Clinique exotique</i>	HECKENROTH
<i>Clinique des maladies nerveuses</i>	ROGER
<i>Clinique médicale</i>	AUDIBERT
<i>Clinique médicale</i>	OLMER
<i>Clinique médicale</i>	MATTEI
<i>Clinique médicale infantile</i>	GIRAUD
<i>Clinique obstétricale</i>	VAYSSIÈRE
<i>Clinique ophtalmologique</i>	AUBARET
<i>Clinique Oto-Rhino-Laryngologique</i>	BREMOND
<i>Clinique urologique.</i>	CHAUVIN
<i>Histoire naturelle.</i>	GABRIEL
<i>Histologie</i>	ROMIEU
<i>Hygiène générale et coloniale</i>	VIOLLE
<i>Médecine légale</i>	MOSINGER
<i>Parasitologie</i>	JOYEUX
<i>Pathologie interne</i>	MONGES
<i>Pharmacodynamie et Matière médicale</i>	F. MERCIER
<i>Pharmacie</i>	VIGNOLI
<i>Physiologie</i>	COTTE
<i>Physique</i>	CHEVALLIER
<i>Thérapeutique</i>	GAUJOUX
<i>Stomatologie (Professeur sans chaire)</i>	BELTRAMI
<i>Physiologie (Professeur sans chaire)</i>	MALMEJAC

Chargé de cours :

<i>Clinique dermatologique</i>	VIGNE
--------------------------------------	-------



Agrégés en exercice :

MM. PIERI	MM. FIGARELLA
JAYLE	SALMON
MOIROUD	PAILLAS
CARCASSONNE	ARNOUX
BERTHIER	DELPHAUT
POINSO	IMBERT
DUBOULOZ	AUDIER
SAUTET	CHOSSON
BALANSARD	DOR
BRAHIC	RECORDIER

Agrégés libres :

M. QUINTARET

Chargé des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale DERRIEN

Chargé de Cours complémentaires :

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Médecine du travail</i>	PERIOT
<i>Médecine opératoire</i>	DOR
<i>Microbiologie</i>	QUINTARET
<i>Obstétrique</i>	CHOSSON
<i>Pharmacodynamie aux Pharmaciens</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA NEUROTOMIE RÉTRO-GASSÉRIENNE

dans le

TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE FACIALE

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

par le

Docteur Z. S. HANTCHEF

Ancien Assistant d'Oto-Rino-Laryngologie
à la Faculté de Médecine de Nancy

Ancien Interne sup. des Hôpitaux

Ancien Préparateur libre des travaux au Laboratoire
de Parasitologie de la Faculté de Médecine

Diplômé d'Hygiène

DE LA NEUROTOMIE RÉTRO-GASSÉRIENNE
DANS LE
TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE FACIALE

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

AVANT-PROPOS

Que présente la thèse pour nous ? D'abord une formalité exigée, ensuite un travail plus ou moins ardu, et surtout, une date : celle qui marque la fin de la vie estudiantine. Cette vie facile et regrettée par tous, auprès des maîtres appréciés, de camarades nombreux et d'amis choisis.

Nous avons terminé nos études médicales classiques en 1935, mais non l'étude de la médecine, car il nous reste encore beaucoup à apprendre.

A l'école de nos maîtres, nous avons acquis des généralités sur toutes les spécialités de l'art médical et la grande valeur morale de notre tâche. Car la médecine ne représente pas une science définie, mais un art. C'est un art qui emprunte aux sciences leurs données précises et leur méthode. Son exercice exige en outre des praticiens, surtout des chirurgiens, un doigté perfectionné et une moralité élevée, car, ce ne sont pas des objets inanimés qu'on manipule, mais des êtres vivants qui ont une personnalité morale.

Nous avons suivi l'enseignement de la Faculté de Nancy et celui des Cliniques de l'Hôpital.

Mes premiers maîtres sont ma mère et mon père, médecins de l'école de Nancy, auxquels je dois en particulier mon orientation professionnelle. Puissent-ils trouver dans ce modeste travail une bien faible récompense pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

C'est notre externat qui a contribué le plus pour notre formation médicale. Au cours de ces quatre années de vie hospitalière, nous avons bénéficié de l'enseignement vécu et si bienveillant de nos maîtres : les Professeurs Jacques, Spilmann, Caussade, Perrin, Drouet, Michon.

C'est dans une de ces cliniques que nous avons pris le « goût » de l'oto-rhino-laryngologie. Si son domaine, anatomiquement parlant, paraît exigü, il n'en offre pas moins, dans l'ordre théorique, un champ de recherches presque inépuisable, et, dans l'ordre pratique, des possibilités thérapeutiques d'une infinie variété.

Je dirai, tout d'abord, toute ma gratitude à mon Maître, Monsieur le Professeur Jacques. C'est un grand honneur pour nous d'être élève d'un des premiers oto-rhino-laryngologues de France. Notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il nous a ouvert les portes de son Service. Nous avons pu apprécier la constante bienveillance et les utiles conseils durant les années où nous fûmes son externe, son interne suppléant, son chef de laboratoire bénévole et son assistant.

Au service de laryngologie, Monsieur le Docteur P. Aubriot, chargé de cours, m'a toujours témoigné de sa sympathie. A mon très bon et franc ami, Docteur R. Grimaud, ancien Chef de clinique, je souhaite un brillant avenir auquel il a le droit. Sa grande expérience a guidé mes premiers pas dans la spécialité. Je n'oublierai jamais son grand dévouement pour moi.

Depuis quelque six années, nous avons partagé notre temps entre la clinique et le laboratoire de parasitologie de notre regretté Maître, le Professeur G. Thiry, comme

préparateur libre de ses cours et travaux pratiques. Sa modestie et son grand savoir sont pour nous un souvenir émouvant. Son successeur, le Docteur Dombrey, chargé de cours, nous prodigua sa vaste érudition et nous fit profiter de sa grande expérience. C'est grâce à lui que nous avons pu assumer, pendant plus de trois ans, la marche des travaux pratiques de parasitologie et maladies coloniales. C'est avec une grande stupeur que nous avons appris, dernièrement, sa fin si précocée et brusquée. Pour nous, il fut un guide sûr que nous regrettons de tout cœur.

A l'Institut d'Hygiène de Nancy, que dirige Monsieur le Professeur J. Parisot, avec le concours de Monsieur le Professeur agrégé Melnotte, nous avons préparé notre Diplôme d'Hygiène. Nous leur adressons l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Il y a trois ans, des circonstances heureuses nous ont mis en rapport avec Monsieur le Professeur agrégé R. Rousseaux, actuellement aux armées, à qui Monsieur le Professeur Jacques avait donné asile dans son service. C'est de là que datent nos débuts dans la neuro-chirurgie. Ses exceptionnelles qualités de chirurgien lui ont acquis d'innombrables sympathies. C'est lui qui a créé la neuro-chirurgie moderne à Nancy, et, je serais ingrat si je ne lui exprimais ici toute ma reconnaissance. Il nous initia aux premières notions de la neuro-chirurgie. Ce travail est dû à son inspiration. Il nous a transmis également en partie ses observations, le reste étant « quelque part en France ». Merci.

Depuis bientôt un an j'ai quitté Nancy pour Antibes. Nous avons trouvé à la Faculté de Marseille, auprès de Monsieur le Professeur J. Bremond, un accueil des plus charmants. Nous serons toujours son obligé pour la

bienveillance qu'il nous a témoignée et pour les conseils qu'il nous a donnés au sujet de ce travail.

En terminant, je voudrais donner un petit gage d'affection.

Seul, je n'aurais jamais pu mener à bien mes travaux. La collaboration technique de ma femme me fut très nécessaire et des plus précieuses. Elle a été pour moi, en toutes circonstances, le meilleur des amis.

INTRODUCTION ET PLAN

Ce travail comprend deux parties :

La première : Les Généralités, est composée de quatre chapitres :

- I. — *Historique.*
- II. — *Aperçu anatomo-chirurgical.*
- III. — *Brève étude clinique sur les névralgies faciales.*
- IV. — *Technique opératoire utilisée.*

La deuxième est une étude personnelle elle comprend trois chapitres :

- I. — *Observations personnelles.*
 - II. — *Considérations sur ces observations et leurs résultats opératoires.*
 - III. — *Conclusions.*
-

PREMIERE PARTIE

GÉNÉRALITÉS

PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITÉS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les névralgies de la face semblent avoir été connues d'Hippocrate et d'Arétée. Au xviii^{me} siècle, elles sont séparées des autres syndrômes douloureux régionaux par André, Degner et Hoffmann, Wepfer et surtout Fothergill en 1882. Chaussier utilise le premier le terme de névralgie faciale. Au xix^{me} siècle, Valleix en précise la topographie et Trousseau en complète la symptomatologie en donnant une description clinique parfaite, insistant sur la réaction motrice qui accompagne la crise douloureuse et proposant le terme de tic douloureux de la face.

Au début du xx^{me} siècle, viennent les travaux de Verger, puis de Sicard, de F. Lévy, de Baudoin. Jusque là les descriptions s'attachent surtout aux formes intermittentes particulièrement douloureuses, mais considèrent les névralgies faciales comme un tout. Sicard, ainsi que Baudoin, ont le grand mérite de montrer que deux formes doivent être séparées ; l'une, à manifestations douloureuses discontinues, est la névralgie essentielle ; l'autre, à manifestations douloureuses continues sur les-

quelles se greffent des paroxysmes, est la névralgie symptomatique. Cette distinction apparaît capitale, tant du point de vue clinique que thérapeutique ; elle comporte toutefois quelques exceptions.

En 1921, Tinel décrit les algies sympathiques de la face. En 1933, Alajouanine et Thurel consacrent un important travail aux algies de la face. En 1935, Deparis publie une thèse très documentée. En 1937, à la Réunion Neurologique Internationale consacrée à la « douleur », la névralgie faciale est à nouveau étudiée par Baudouin et Schaeffer, Garcin, Dechaume, Leriche.

Simultanément la thérapeutique de la névralgie faciale est transformée par une technique habile : l'alcoolisation périnerveuse, et par la mise au point d'un traitement chirurgical efficace et peu dangereux : la neurotomie rétro-gassérienne.

La méthode des injections d'alcool a été proposée dès 1903 par Schlosser, de Munich ; ce sont Baudouin et Lévy qui, en 1906, mirent au point la technique des injections par voie externe.

Jusqu'à la fin du ^{xix}^{me} siècle, le traitement chirurgical de la névralgie faciale se bornait à des sections extra-craniennes des branches du trijumeau : à des sections périphérique des filets terminaux du nerf maxillaire supérieur, du nerf maxillaire inférieur et de l'ophtalmique.

Ayant reconnu l'inefficacité de ces interventions extra-craniennes, la chirurgie s'orienta vers un autre chemin,

Avant d'arriver à la voie temporale basale, chemin le plus court pour atteindre la racine du trijumeau, les opérateurs ont d'abord songé à utiliser les voies de la gassérectomie (Krause, en 1894). C'est ainsi qu'il y eut d'abord la voie intra-durale (Horsley et Macewen, en 1886), ensuite la voie extra-durale transptérigoïdienne ou la voie basale de Rose Andrews (1890), modifiée plus ou moins, surtout dans les incisions, certaines par Park, Dandridge, Bakers, Salado et Novaro. Cette dernière fut rapidement abandonnée. On lui reprochait d'être aveugle, difficile, dangereuse et peu esthétique. Camponotto est le dernier qui l'ait tentée en 1885.

En 1900, Cushing préconise la voie infra-artérielle.

Sous l'influence de De Beule, la boîte crânienne fut ouverte immédiatement au-dessus de la pyramide pétreuse, voie temporo-basale postérieure, supra-auriculaire, décrite par Canton.

La gassérectomie fut abandonnée ensuite, car elle provoquait de graves complications oculaires.

Après la neurotomie pré-gassérienne et la gassérectomie, Spiller conseilla et réalisa avec Frazier, en 1901, la neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale sectionnant la racine bulbo-protubérantielle du trijumeau.

C'est la voie Hartley-Krause que Horsley, Princeau, Keen, Jaboulay et Dollinger utilisèrent.

Ensuite Cushing, Dandy, Adson, Peet, De Martel, Leriche, Robineau, la pratiquèrent et codifièrent avec quelques variantes de technique portant sur les voies d'abord plus ou moins postérieures.

Aujourd'hui, les opérateurs, français tout au moins, attaquent la boîte crânienne au niveau de la zone où la paroi osseuse se trouve la plus rapprochée de la

racine et utilisent en somme une voie temporale juste avant de l'oreille. La brèche osseuse est pré-auriculaire, plus antérieure que celle de Broeckaert et de De Beule.

Malgré la perfection de la technique qui respectait la branche motrice, les complications oculaires étaient encore fréquentes. Frazier préconise alors la neurotomie partielle, et A. Sicard lui a consacré un travail. A ce propos, Th. Alajouanine remarque qu'en laissant à une partie du territoire du trijumeau une sensibilité normale, on s'expose aux récidives.

En 36 ans, écrit le Dr van Augaerden, cette intervention voit la mortalité opératoire s'abaisser considérablement, mais semble réclamer d'être faite le plus loin possible du ganglion de Gasser pour éviter surtout les séquelles oculaires.

Pour éviter plus sûrement les accidents oculaires, Dandy mit au point une technique de neurotomie juxta-protubérantielle par voie occipitale. Petit-Dutailis a été son promoteur en France. Cette technique, d'après ces auteurs, doit permettre d'obtenir des résultats encore plus satisfaisants, en évitant les kératites post-opératoires et les troubles sensitifs importants.

Sjogvist préconise une nouvelle intervention qui consiste dans la section du faisceau bulbo-spinal.

CHAPITRE DEUXIEME

APERÇU ANATOMO-CHIRURGICAL

Le trijumeau est le premier des nerfs mixtes. Il comprend une importante racine sensitive qui comporte un gros ganglion, le ganglion de Gasser, et qui se divise en trois branches (N. O., N. M. S., N. M. I.) et une racine motrice plus petite qui se distribue aux muscles masticateurs.

Si les fonctions sensibles du trijumeau sont connues depuis Ch. Bell, et la fonction motrice de la petite racine depuis Longuet, la fonction trophique de ce nerf dans la nutrition de la cornée a été l'objet de nombreux travaux, en particulier de Magendie, dès 1824, puis de Claude Bernard. Mais la neuro-chirurgie, par l'étude expérimentale qu'elle réalise, a permis de connaître encore plus complètement la physiologie et la pathologie de ce nerf.

*
* *

La fosse cérébrale moyenne (nous résumons ici l'étude magistrale de Jean Fegarella : Anatomie médico-chirurgicale de la fosse cérébrale moyenne), offre un grand intérêt clinique et chirurgical pour deux raisons qui tiennent, l'une a sa place dans l'architecture du crâne, l'autre à l'abord opératoire qu'elle offre pour

atteindre le ganglion de Gasser ou sa racine sensitive dans le traitement chirurgical de la névralgie faciale.

Le maître-organe de cette fosse est le ganglion de Gasser. C'est autour de lui que doivent être groupés tous les autres éléments, car c'est ordinairement pour l'atteindre que le chirurgien fait connaissance avec cette région. Quelle que soit l'intervention qu'il pratique contre la névralgie faciale, (neurotomie rétro-gassérienne ou gangliectomie), il se fie à des repères identiques et précis.

DESCRIPTION DE LA FOSSE

La fosse cérébrale moyenne est constituée par un plancher osseux revêtu de dure-mère. Ce revêtement est décollable, et permet au chirurgien de soulever le bloc, par son intermédiaire, tous les organes qui le séparent du ganglion.

Deux os concourent à former la fosse : le sphénoïde en avant et en dedans, le temporal en arrière et en dehors.

Les empreintes du trijumeau sillonnent temporal et sphénoïde. La plus importante est la fossette du trijumeau qui creuse le rocher à l'union de son quart antérieur et de ses trois quarts postérieurs d'une petite cuvette allongée suivant l'axe du rocher. On distingue trois zones. La postérieure est la portion rétro-gassérienne, plus longue que large. L'antérieure est la portion gassérienne, plus profonde, surtout en avant, et plus large que longue. La moyenne est la portion intermédiaire en crête saillante que hérisse en dehors le tubercule rétro-gassérien de Princeteau. Ce tubercule est une gêne parfois lorsqu'on dégage la racine sensitive.

En arrière de cette fossette, l'incisure de Gruber échancre légèrement le bord supérieur du rocher.

La dure-mère, en recouvrant le squelette, bouche les orifices et transforme les gouttières en canaux. Les canaux qu'elle constitue sont vasculaires sur le pourtour de la fosse et nerveux (pour le trijumeau) au centre.

Sur le pourtour externe descend l'espace décollable de Gérard Marchand où s'épanche le sang des vaisseaux méningés lorsqu'ils sont sectionnés par une fracture.

Les canaux nerveux du centre enveloppent le trijumeau. Dans la fossette du trijumeau loge le cavum de Meckel où Juvara distingue deux chambres : en arrière le conduit cervical dans la portion rétro-gassérienne, et en avant la loge du ganglion dans la portion gassérienne. La paroi inférieure de ce cavum est mince, facilement décollable, sauf devant la tubercule de Prince-teau. La paroi supérieure est épaisse et renforcée par des formations venues du sinus caverneux.

DESCRIPTION DU CONTENU DE LA FOSSE

Les organes primordiaux sont le ganglion de Gasser et sa racine sensitive, car ce sont eux en général que cherche à atteindre l'opérateur. De nombreux éléments l'entourent, et le cerveau vient recouvrir le tout.

Le ganglion de Gasser, c'est le relai des neurones sensitifs du trijumeau qui transportent les sensations de la face. Il a la valeur d'un ganglion céphalorachidien et son extirpation complète (Krause) ou partielle (Tiffany), supprime les sensations douloureuses de la névralgie faciale.

Il a une forme de demi-lune à concavité postérieure, un aspect fibreux, une consistance dure, une coloration gris rosâtre. Son extrémité externe est plus grosse, plus irrégulière, plus postérieure que son extrémité interne. Il pèse 28 cg. et mesure 1 mm. 5 sur 6 mm. Il reçoit la racine sensitive par son bord postérieur concave et émet trois branches par son bord antérieur convexe.

Il est logé dans le cavum de Meckel.

Il n'adhère pas au plancher, ce qui facilite son extirpation. Malheureusement, il adhère au plafond, surtout en dedans, près du sinus caverneux, et il adhère aussi aux deux extrémités latérales, à l'angle interne par de fins tractus, à l'angle externe par un solide ligament qui l'unit au tubercule de Princeteau.

Ces difficultés ont contribué à ne plus pratiquer de gassérectomie.

La racine sensitive. — Elle pénètre dans la fosse par l'incisure du Gruber, et s'épanouit en un plexus triangulaire aplati. Sa section (neurotomie rétro-gassérienne de Spiller) supprime les neuromes qui, du relai gassérien, transportent aux centres nerveux les sensations douloureuses de la névralgie faciale.

Elle n'est pas adhérente à sa gaine, et se laisse dégager sans traumatisme du ganglion, par conséquent sans kératite post-opératoire, ce qui est un premier avantage de la neurotomie sur la gassérectomie. Signalons que, lors de son dégagement, on atteint le cul-de-sac arachnoïdien, et du liquide céphalo-rachidien s'écoule.

Les fibres de cette racine sont groupées d'une façon systématisée, ce qui permet de faire une neurotomie

partielle (Frazier) et d'éviter la section des fibres de la sensibilité cornéenne qui a parfois de redoutables conséquences.

Les nerfs. — En avant s'éloignent les trois branches du trijumeau (de dedans en dehors : l'ophtalmique, le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur). L'ophtalmique s'enfonce rapidement dans la paroi externe du sinus caverneux où nous allons le retrouver. Le maxillaire inférieur gagne le trou ovale. Avec cet orifice il constitue un repère précieux, et il faut savoir que la racine sensitive est à 10 mm. en arrière et au-dessus du trou ovale.

Au-dessous glissent la racine motrice et les nerfs pétreux. Ce sont des rapports dangereux.

La racine motrice ou nerf masticateur est dans le cavum de Meckel et sous-croise obliquement racine sensitive et ganglion. Son atteinte peut gravement léser la mastication.

Les nerfs pétreux sont au-dessous du cavum de Meckel. Sortis des hiatus de Fallope, ils doivent être dégagés avec prudence, car la section du grand nerf pétreux équivaut à l'assèchement puis à l'ulcération de la cornée par suppression des larmes.

C'est pour éviter tous ces dangers que Dandy a proposé la neurotomie de la racine sensitive par voie cérébelleuse.

Les vaisseaux. — En dehors, la méningée moyenne peut servir de fil conducteur pour atteindre le trou petit rond qui jalonne la route vers le trou ovale. Dans toutes les trépanations sous-temporales, sa blessure est un danger.

En avant, le sinus de Breschet et, en arrière, le sinus pétreux supérieur, reçoivent de nombreuses veines de la région.

En dedans, caché par le plexus caveux d'Hovellacque et Reinhold, s'étend le sinus caveux.

Par dessus tous ces organes, le lobe temporo-sphénoïdal s'étend, limité en dedans par la fente cérébrale de Bichat où stagne un important lac de liquide céphalo-rachidien, et en dehors par la vallée sylvienne où se dirige l'artère cérébrale moyenne.

C'est ce lobe qu'il faut soulever pour atteindre le ganglion de Gasser.

LES VOIES D'ACCES DE LA FOSSE

Autrefois, la fosse a été atteinte par voie transmaxillaire (Rose), par voie ptérygoïdienne (Andrews), par voie temporo-sphénoïdale (Doyen, Villard). Ces voies sont abandonnées.

Actuellement, la seule voie d'accès utilisée est celle qui traverse la région temporale et que Horsley, Krause, Cushing, Robineau, Clovis Vincent, De Martel, emploient à peu près électivement.

Cette voie utilise un volet temporal de forme variable, et clive l'espace décollable de Gérard Marchand, en le prolongeant le plus loin possible. Elle exige des écarteurs spéciaux et un très bon éclairage, car le ganglion de Gasser est très profondément situé à 5 centimètres d'un point placé au-dessus du bord supérieur de l'arcade zygomatique).

Mais la chirurgie de la névralgie faciale n'est pas la seule occasion d'intervenir dans la fosse, et le traitement des tumeurs ou des suppurations exige parfois la pénétration de cette région. Dans cette chirurgie délicate, la douceur, la patience et une parfaite connaissance de la région sont les vrais facteurs du succès.

CHAPITRE TROISIEME

BRÈVE ÉTUDE CLINIQUE DES NÉVRALGIES FACIALES

Le terme de névralgie faciale est devenu une expression vague, dont malades et médecins se servent indistinctement à propos des différentes affections douloureuses de la face, alors qu'il doit être réservé pour distinguer la névralgie du trijumeau (Alajouanine et Thurel).

De tous les nerfs craniens, c'est le trijumeau qui est le siège le plus fréquent des névralgies dont l'importance est primordiale ; la douleur ne se compare pas à celle des autres névralgies, les paroxysmes revêtent une acuité extrême.

Une discrimination, dont l'importance est capitale, doit être faite, dit Sigwald, entre les douleurs intermittentes et les douleurs continues. Les premières sont l'apanage de la véritable névralgie du trijumeau dite essentielle ou primitive (maladie de Trousseau ou le tic douloureux de la face). Les secondes s'observent généralement quand il existe une lésion du nerf et sont dites symptomatiques ; c'est surtout de celles-ci qu'il faut écarter les algies faciales qui ne dépendent pas directement du trijumeau, telles que les sympathalgies ou les psychalgies.

La névralgie faciale proprement dite est donc connue depuis Trousseau. Le caractère de la douleur, à elle

seule, permet de l'identifier : qui n'est ni l'intensité, ni la répétition, mais l'intermittence. Les douleurs sont strictement limitées au territoire du trijumeau et le plus souvent à une partie seulement de celui-ci. L'interrogatoire du malade est révélateur ; même lorsque les accès sont subintrants, il existe des périodes d'accalmie complète où toute sensation douloureuse a disparu. Dans les cas où une crise survient au cours de l'examen, l'erreur est impossible tant est typique l'aspect du malade qui souffre d'une névralgie faciale vraie. La douleur unilatérale éclate brusquement à la suite d'une cause provocatrice, mais son caractère fulgurant peut être plus ou moins masqué par les algies surajoutées du type sympathique (brûlures, fourmillements, picotements) ; par ailleurs, ces algies du type sympathique prolongent la durée de l'accès névralgique, occupent une partie de l'intervalle libre et atténuent le caractère intermittent des douleurs. Ici, nous arrêtons notre très brève résumé sur la névralgie trigémellaire primitive.

*
**

Il va de soi, bien entendu, qu'en présence d'un malade qui se plaint d'une soi-disant névralgie faciale, un examen immédiat et soigneux s'impose au niveau de la bouche, des dents, du nez, des sinus, etc..., car on se trouvera souvent en présence d'algies passagères « liées à un état local curable, dont elles sont l'expression » (Leriche).

Les névralgies d'origine dentaire ont une intensité et une périodicité très spéciales. Ce sont des élancements douloureux spontanés ou provoqués au contact de la lésion par un corps dur ou une substance froide ou chaude, sucrée ou acide ; elles sont localisées à la

région, ou irradiées suivant le trajet nerveux vers l'oreille, l'œil ou la tempe ; elles ne cèdent, en général, qu'à la suppression de la cause (carries dentaires, pulpites, granulome périapical, kyste paradentaire ; inclusion dentaire, en particulier de dent de sagesse ; avulsion dentaire, après destruction d'un nerf dentaire par application prolongée d'acide arsénieux). Notons la névralgie des édentés avec atrophie et rétraction gingivale. On a souvent incriminé le rôle d'une cause dentaire dans la pathogénie de la névralgie essentielle.

Les névralgies d'origine nasale sont provoquées par une sinusite frontale, maxillaire ou ethmoïdale. Les coryzas chroniques, polypes, la rhinite fongueuse des cornets provoquent aussi des algies.

Les névralgies d'origine oculaire surviennent à l'occasion de glaucome, d'iritis, d'iridocyclite.

Mais il est d'autres types nombreux d'algies faciales qu'il ne faut pas méconnaître.

Les sympathalgies faciales — (Alajouanine et Thuret), anciennes « névralgies faciales vaso-motrices » de Jaboulay.

Leurs caractères s'opposent point par point à ceux de la névralgie faciale. La douleur unilatérale, très subjective, est difficile à préciser : fourmillements, constriction, brûlures. Le malade souffre pendant plusieurs heures, les douleurs sont continues sans rémission complète mais parfois avec période paroxystique et ne disparaissent que pendant le sommeil. Des manifestations sympathiques (troubles vaso-moteurs et sécrétoires) et psychiques accompagnent habituellement les crises. On n'observe pas l'immobilité et la crainte des mouvements qui sont de règle dans la névralgie faciale. Il est aussi

possible d'observer des sympathalgies faciales, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, mais indépendantes. L'alcoolisation du tronc nerveux est ici sans effet. Donc ici il faut soigneusement s'abstenir de toute neurotomie, malgré la tentation et souvent les insistances des malades.

Le syndrome du nerf nasal ou de Charlin (ou du ganglion ciliaire), constitué par la triade symptomatique suivante : douleurs nasales et oculaires, larmoiement, rhinorrhée nasale. Parfois de l'œdème des paupières et de l'hypéresthésie cornéenne.

Le syndrome du ganglion sphéno-palatin ou de Sluder complique les sinusites sphénoïdales. Ces symptômes sont, à peu de chose près, les mêmes que dans le syndrome précédent hormis que dans le syndrome de Charlin les phénomènes congestifs sont localisés d'une manière permanente à la pituitaire antérieure, tandis que dans le syndrome de Sluder c'est la pituitaire postérieure qui est congestionnée et d'une manière permanente (Halbron). On peut constater une mydriase unilatérale ; la cocaïnisation du ganglion sphéno-palatin fait disparaître ce syndrome.

La névralgie du glosso-pharyngien, dans laquelle les douleurs sont réveillées par le passage des aliments au niveau de la base de la langue (sillon amygdalo-glosse).

Les névralgies « zostériennes » du ganglion géniculé et du zona ophtalmique, dont le diagnostic est signé par l'éruption vésiculeuse. Ces algies post-zostériennes sont douloureuses, parfois paroxystiques et s'accompagnent de vaso-dilatation, de larmoiement, de coryza, d'atrophie cutanée et de troubles pigmentaires.

Les psychalgies faciales. — Des manifestations douloureuses pures, généralement bilatérales, s'accompagnant, selon Alajouanine et Thuret, d'un psychisme particulier.

Les névralgies symptomatiques d'une tumeur intracrânienne, soit d'une tumeur située au voisinage du ganglion de Gasser (méningiome, gliome), soit d'une tumeur du ganglion lui-même (fibrome dans un cas de Leriche), soit d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, justiciables évidemment d'une intervention plus complexe que la neurotomie rétro-gassérienne.

Notons à ce sujet que les tumeurs du ganglion de Gasser ou de sa gaine sont rares. Elles évoluent lentement et se traduisent par des névralgies faciales, soit du type essentiel, soit du type symptomatique. Les tumeurs du trijumeau sont aussi rares. (De Martel a observé un schwannome).

Des lésions d'arachnoïdite sont fréquemment retrouvées au cours d'interventions.

Les névralgies faciales au cours du tabès ou d'une méningite syphilitique chronique (soit pendant la période secondaire, soit pendant la période tertiaire).

Des névralgies faciales ont été signalées au cours de la sclérose en plaques, au cours de l'encéphalite épidémique, au cours du paludisme où leur nature est discutée, au cours du diabète.

Nous ne voulons pas insister plus sur ce difficile problème des « algies faciales », mais cette énumération, pour sèche et succincte qu'elle soit, n'en montre pas moins la prudence dont doit s'entourer le chirurgien s'il veut agir avec sécurité dans le traitement de la névralgie faciale,

CHAPITRE QUATRIEME

TECHNIQUE OPÉRATOIRE UTILISÉE

C'est la voie temporale qui a été choisie pour la neurotomie rétro-gassérienne dans tous nos cas.

ANESTHÉSIE

Malgré les objections de certains auteurs (Clovis, Vincent, De Martel, etc.), nous nous sommes toujours servis de l'anesthésie locale. (Nous revenons d'ailleurs sur cette question dans la deuxième partie de notre travail).

On prescrit deux injections de 1 cgr. de morphine, six heures et une heure avant l'intervention.

POSITION

Le malade est en position assise.

INCISION

Verticale et longue d'une dizaine de centimètres. Elle part inférieurement de l'arcade zygomatique à un travers de doigt en avant du tragus. D'emblée le bistouri va jusqu'à l'os en incisant les téguments et le muscle temporal. Les doigts des aides compriment de chaque côté les parties molles, afin d'éviter toute hémorragie ; les vaisseaux qui saignent sont pris, en

général, avec les pinces en T de De Martel. Les deux extrémités de l'artère temporale superficielle qui a été sectionnée sont ligaturées. Après la rugination, un grand écarteur orthostatique (ou les écarteurs de De Martel) est alors introduit entre les deux lèvres de l'incision. Ainsi l'os est bien exposé.

TREPANATION

Au centre de la surface dénudée, l'os est trépané avec le trépan de Doyen et l'écaille temporale est réséquée à la pince gouge. En bas, la résection est poussée le plus loin possible pour bien atteindre la base du crâne. Il faut avoir comme plancher opératoire la face supéro-externe du rocher. Cela est très important. Le plus souvent la paroi osseuse, surtout la partie inférieure, l'écaille temporale, est très mince. Il faut être très prudent au cours de la trépanation pour éviter de traumatiser la dure-mère.

Les veines du diploe occasionnent quelquefois des hémorragies gênantes. On les tarit facilement en les oblitérant avec de la cire ou en employant la diathermo-coagulation. Si l'artère méningée moyenne chemine à l'intérieur de l'os au niveau de la trépanation, cela donne une hémorragie plus gênante. L'emploi du clips avant sa pénétration dans l'os permet de tarir cette dernière. Quoi qu'on fasse, l'hémorragie est souvent assez abondante et fort gênante pendant l'intervention. Il faut donc avoir recours largement au tamponnement et surtout à un bon aspirateur.

DECOLLEMENT DE LA DURE-MERE

L'opérateur est muni du miroir frontal. Il faut travailler avec douceur et prudence. La dure-mère est décollée de la base du crâne à l'aide de la spatule

mousse et surtout de petits tampons de coton imbibés de sérum chaud et exprimés. A mesure que le décollement avance, on fait écarter le cerveau soit avec les écarteurs éclairants d'Adson (lame ou tige malléable munie d'une petite ampoule électrique), soit avec les écarteurs de Villar (une simple lame étroite, malléable, en aluminium poli). La lame est glissée sous la dure-mère à la profondeur voulue.

En général, la dure-mère se décolle facilement. Il y a des cas plus difficiles : la dure-mère adhère à l'os. Les petites déchirures dure-mériennes ne sont pas dangereuses ; on y place des fragments de muscles qui arrêtent l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

Le premier obstacle rencontré est l'artère méningée moyenne, qui pénètre dans le crâne par le trou petit-rond. On la libère sur les côtés et en arrière, sans blesser la dure-mère, et on la sectionne entre deux ligatures. Si on n'arrive pas à la libérer, on fait une diathermo-coagulation et obture le trou petit-rond de petits tampons de coton, afin d'assurer l'hémostase.

De toute façon, le trou petit-rond est le premier repère. On peut l'identifier en y introduisant un crochet à strabisme.

MISE A NU DE LA RACINE

C'est le temps le plus délicat.

A quatre millimètres en avant et en dedans du trou petit-rond, on aperçoit un cordon blanchâtre : c'est le nerf maxillaire inférieur qui plonge de haut en bas et d'arrière en avant dans un orifice de la base, qui est le trou-ovale. C'est le deuxième repère capital : on suit le nerf M. I. pour remonter sur le ganglion de Gasser et la racine du trijumeau.

Le toit de l'avum de Meckel est incisé au contact même du nerf maxillaire inférieur, et, en suivant le bord postérieur du ganglion de Gasser (en évitant également de traumatiser ce dernier), la dure-mère est décollée jusqu'au niveau du bord supérieur du rocher. Il faut ménager aussi les nerfs pétreux.

Avec un crochet à strabisme, on dilacère et refoule la gaine nerveuse en haut et en arrière vers le tubercule de Princeteau. On voit apparaître, dans un aspect blanc nacré caractéristique, la racine de la V^{me} paire.

En incisant le cul-de-sac arachnoïdien, qui entoure la racine du trijumeau, il s'écoule un peu de liquide céphalo-rachidien.

SECTION DE LA RACINE

La racine de la V^{me} paire, une fois identifiée, les fibres nerveuses sont soulevées avec un crochet mousse le plus loin possible en arrière et sectionnées.

Rarement on aperçoit la petite racine motrice sous-jacente à la racine sensitive, qu'il faut naturellement ménager pour éviter l'atrophie du muscle temporal et masséter.

FERMETURE DE LA PLAIE OPERATOIRE

L'opération est terminée après avoir bien vérifié l'hémostase de la plaie opératoire. Les deux parties du temporal qui ont été écartées sont réunies par des joints de suture.

Le cuir chevelu est suturé en deux plans suivant la méthode de Cushing : le plan profond est constitué par une série de points qui rapprochant l'aponévrose épicroânienne, ainsi les deux lèvres de l'incision cutanée

sont en contact et quelques points superficiels suffisent pour obtenir une cicatrice parfaite.

Un drainage est institué avec une mèche qui sera enlevée vers le deuxième jour.

SUITES OPERATOIRES

Elles sont, en général, très simples. La plaie opératoire est cicatrisée en huit à dix jours.

Le malade ne souffre plus, ses douleurs ont disparu définitivement, et c'est l'essentiel pour lui.

CONTRE-INDICATIONS

Elles diminuent progressivement avec la perfection de la technique. Il faut noter toutefois l'hypertension artérielle et aussi, pour certains auteurs, la radiothérapie antérieure à cause des adhérences qu'elle crée.

DEUXIEME PARTIE

ÉTUDE PERSONNELLE



DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE PERSONNELLE

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS CLINIQUES PERSONNELLES

Dans le service de M. le Professeur P. Jacques, nous avons, pendant deux ans, assisté M. le Professeur agrégé R. Rousseaux où nous avons eu l'occasion de rassembler une douzaine de cas de névralgies faciales typiques, dont nous allons brièvement donner les observations cliniques.

La guerre actuelle nous a empêché de recevoir tous les renseignements sur nos douze opérés : M. le Prof. Rousseaux étant aux Armées. Nous nous sommes donc vu obligé de diviser nos observations en trois groupes :

Premier Groupe

Les observations n^{os} I, II, III sont complètes.

Deuxième Groupe

Les observations n^{os} IV, V, VI, VII, VIII IX, quelques détails manquent sur nos malades.

Troisième Groupe

Les observations X, XI, XII, les détails nous manquent absolument. Nous pouvons seulement certifier que ces derniers malades ont été opérés et guéris.

Nous nous en excusons à l'avance.

OBSERVATION N° I

Mme S... M:., âgée de 73 ans, adressée le 2 juillet 1937 par le docteur Michon.

Cette malade souffre de névralgie faciale droite depuis quinze ans, les phénomènes douloureux semblant avoir commencé par la branche ophtalmique du trijumeau. Traitée au début par une injection d'alcool, elle avait d'assez longues périodes de répit. Mais depuis trois ans, l'action de ces injections est inefficace : les paroxysmes douloureux sont devenus épouvantables et presque sub-intrants. D'autre part, l'état général est médiocre : tension artérielle 24/8, urée sanguine 0 gr. 40, présence d'albumine dans les urines. B.-W. : négatif

Le 12 juillet 1937 : Neurotomie rétro-gassérienne droite par voie temporale (Dr Rousseaux, Legait, Hant-chef, dans le service de M. le Prof. Jacques). Anesthésie locale, section totale de la racine sensitive du trijumeau.

Suites opératoires simples. Disparition immédiate et complète des phénomènes douloureux. Parésie faciale transitoire. Aucune menace de kératite. Le cinquième jour : éruption vésiculeuse sur la lèvre supérieure. Anesthésie complète de l'hémiface droite.

La malade sort guérie le 23 juillet 1937.

Etat actuel (13 octobre 1937) : Excellent à tous points de vue, disparition complète des phénomènes douloureux.

OBSERVATION N° II

Mme C... K..., âgée de 63 ans, adressée le 17 juillet 1937 par le Dr Marchal (de Pont-à-Mousson)

Il y a huit ans, à la suite de l'extraction de la dent de sagesse inférieure droite sont apparues des douleurs, d'abord localisées au niveau de la région du maxillaire inférieur droit, puis irradiées vers le front et le cuir chevelu. D'abord espacés de un à trois mois, les paroxysmes douloureux sont devenus pour ainsi dire subintrants, malgré tous les traitements essayés (y compris la sympathicothérapie par touches nasales). La malade nous arrive dans une situation lamentable, n'osant plus ni bouger, ni parler, ni manger, etc... L'état général est cependant bon : urée sanguine, 0 gr. 35 ; albumine, 0 ; B.-W. : négatif.

Le 22 juillet 1937 : Neurotomie rétro-gassérienne droite par voie temporale (Dr Rousseaux, Legait, Hantcheff, dans le service de M. le Professeur Jacques). Anesthésie locale. Section partielle (des 3/4) de la racine sensitive du trijumeau.

Suites opératoires simples. Disparition immédiate et complète des phénomènes douloureux. Aucune menace de kératite. Le sixième jour, éruption vésiculeuse sur la lèvre supérieure.

La malade sort guérie le 6 août 1937.

Etat actuel (octobre 1937) : Excellent à tous points de vue, disparition complète des phénomènes douloureux.

OBSERVATION N° III

Mlle O... T..., âgée de 76 ans, adressée le 25 septembre 1937 par M. le Professeur Maurice Perrin.

Cette malade, aveugle depuis le bas-âge, est atteinte

en 1923 d'un zona ophtalmique droit à la suite duquel persistent des phénomènes douloureux paroxystiques de l'hémiface droite, d'abord strictement localisés dans le territoire de la branche ophtalmique du trijumeau, puis irradiant par la suite vers les autres branches.

Améliorations passagères par les injections d'alcool, mais depuis le mois de mai 1937, les douleurs sont devenues intolérables. L'état général de la malade étant à ce moment très médiocre — asystolie grave — on essaie — sans aucun résultat d'ailleurs — dix séances de radiothérapie sur le ganglion de Gasser. Après guérison de l'état asystolique, on décide d'intervenir, la malade réclamant à tout prix un soulagement à son martyre.

Le 27 septembre 1937 : Neurotomie rétro-gassérienne droite par voie temporale (Dr Rousseaux, Legait, Hant-chef, dans le service de M. le Professeur Jacques). Anesthésie locale. Section totale de la racine sensitive du trijumeau.

Suites opératoires simples, levée le dixième jour. Disparition immédiate et complète des phénomènes douloureux.

La malade sort guérie le 11 octobre 1937. Son état est excellent à tous points de vue.

OBSERVATION N° IV

M. F... B..., âgé de 62 ans, maçon italien, est venu à notre consultation du service de M. le Prof. Jacques en octobre 1937.

Depuis 12 ans, il souffre, à la suite d'un « coup de froid », de douleurs qui ont débuté dans la région sus-orbitaire gauche. Les phénomènes douloureux sont

devenus ultérieurement de plus en plus lancinants et paroxystiques en intéressant les autres branches du trijumeau. Hypéresthésie cutanée réveillant la douleur à chaque frôlement.

Les premières piqûres d'alcool soulagent le malade, mais les douleurs récidivent quelques années après et toute activité professionnelle devient impossible, elles sont tellement atroces que le malade pense de plus en plus au suicide.

Hospitalisé en octobre 1937.

L'état général est bon. Les examens de laboratoire le confirment. B.-W. : négatif.

Neurotomie rétro-gassérienne gauche par voie temporale. (Dr Rousseaux, Legait, Hantchef, dans le service de M. le Professeur Jacques). Anesthésie locale. Section totale de la racine sensitive du trijumeau.

Suites opératoires normales. Disparition des douleurs. Parésie faciale transitoire. Pas de menace de kératite. Eruption vésiculeuse sur la lèvre supérieure le sixième jour. Toutefois, notons une diminution de l'acuité auditive du côté opéré.

Le malade sort guéri. Nous l'avons revu en 1938 et 1939 en excellent état. Les douleurs ont complètement disparu.

OBSERVATION N° V

M. Cr..., âgé de 58 ans, ancien employé à la Mairie de Nancy, adressé au service par son médecin traitant au début de 1938.

Le malade souffre de névralgie faciale droite depuis quatre à cinq ans. Traitement classique par piqûres d'alcool qui réussit au début. Mais depuis quelques mois

les crises se succèdent et deviennent intolérables.

L'état général n'est pas très bon. Le malade, en proie à des douleurs, a un penchant assez marqué vers l'éthylisme. B.-W. : négatif.

Neurotomie rétro-gassérienne droite par voie temporelle (Dr Rousseaux, Mathieu, Hantchef, dans le service de M. le Professeur Jacques). Anesthésie locale. Section totale de la racine sensitive du trijumeau.

Suites opératoires simples. Disparition immédiate et complète des douleurs. Pas de kératite.

Le malade sort guéri dix jours après.

Deux semaines plus tard, il revient avec l'œil droit rouge, injecté et larmoyant. L'examen du service d'ophtalmologie est négatif au point de vue kératite. Un traitement local et le port de lunettes noires sont prescrits pendant un certain temps.

Nous avons revu notre opéré quelques mois après en excellent état à tous points de vue.

OBSERVATION N° VI

Mlle de R..., âgée de 65 ans, adressée au Docteur Rousseaux par son frère, médecin général, fin de l'année 1938.

Il s'agit d'une névralgie faciale droite datant de plusieurs années. Après un long traitement d'injections à l'alcool, les crises deviennent de plus en plus fréquentes, exaspérantes et douloureuses.

L'état général est relativement bon, mais pas le moral.

Neurotomie rétro-gassérienne droite par voie temporelle. (Dr Rousseaux, Mathieu, Hantchef, dans le ser-

vice de M. le Professeur Jacques). Anesthésie locale. Section totale de la racine sensitive du trijumeau.

Suites opératoires normales. Disparition immédiate des phénomènes douloureux. Pas de kératite.

La malade sort guérie quinze jours après.

Après un mois, la malade a repris sa vie normale.

OBSERVATION N° VII

M. B..., âgé de 68 ans, retraité, est venu à notre consultation dans le service de M. le Professeur Jacques au début de l'année 1938.

Depuis une dizaine d'années, il souffre d'une névralgie faciale droite. Ici aussi les classiques injections d'alcool ont été instaurées par les médecins traitants, mais ce traitement répété finit par ne plus avoir d'action. Les paroxysmes douloureux sont devenus intolérables.

L'examen médical nous révèle un état général assez médiocre : tension artérielle élevée : 25 environ, le taux de l'urée sanguine est au-dessus de la normale ; B.-W. : négatif.

Neuromie rétro-gassérienne par voie temporale (Dr Rousseaux, Mathieu, Hantchef, dans le service de M. le Professeur Jacques). Anesthésie locale. Section totale de la racine sensitive du trijumeau.

Suites opératoires jusqu'au sixième jour : normales. Disparition immédiate et complète des douleurs. Pas de menace de kératite.

Le matin du septième jour est marqué par un accident brutal, propre aux hypertendus. Le malade est frappé d'un ictus apoplectiforme survenu sans troubles notables et entraînant la mort dans l'après-midi.

OBSERVATION N° VIII

M. X..., âgé d'une cinquantaine d'années, cultivateur, adressé par son médecin traitant au Dr Rousseaux, pour une névralgie faciale droite datant de plusieurs années. Plus ou moins longues périodes de rémissions passagères à la suite d'alcoolisation. Après l'échec du traitement, les paroxysmes douloureux sont atroces.

Hospitalisé dans le service de M. le Prof. Jacques en 1938.

Etat général bon. B.-W. : négatif.

Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale (Dr Rousseaux, Mathieu, Hantchef). Anesthésie locale. Section totale de la racine sensitive du trijumeau.

Suites opératoires simples. Disparition immédiate des douleurs. Pas de kératite.

Guérison en quinze jours.

OBSERVATION N° IX

Madame X..., sexagénaire, adressée en 1938 au Dr Rousseaux par le service de médecine générale (Professeur Perrin), où elle a été traitée pendant de nombreuses années pour une névralgie faciale droite par des piqûres d'alcool. Ces tentatives deviennent inefficaces.

Hospitalisée au service de M. le Professeur Jacques. L'examen médical ne révèle rien d'anormal. — B.-W. : négatif.

Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale (Dr Rousseaux, Mathieu, Hantchef). Anesthésie locale. Section totale de la racine sensitive du trijumeau.

Les douleurs cessent immédiatement et définitivement.

Suites opératoires normales. Pas de menace de kératite.

Guérison.

OBSERVATIONS N^{os} X, XI, XII

Nous sommes dépourvus de tous les détails. Nous pouvons seulement certifier qu'il s'agit de malades hospitalisés, dans le service de M. le Professeur Jacques, pendant les périodes 1937-1939, atteints de névralgie faciale typique.

Tous ont eu recours à l'alcoolisation.

Les rémissions ont été plus ou moins longues.

Tous ont subi des neurotomies rétro-gassériennes par voie temporale (Dr Rousseaux, Mathieu, Hantchef). Anesthésie locale. Section totale de la racine sensitive du trijumeau.

Les suites opératoires ont été normales. Disparition des douleurs. Pas de menace de kératite. Parésie faciale transitoire du côté opéré chez certains. Eruption vésiculeuse sur la lèvre supérieure vers le 5^{me}-6^{me} jour, et l'anesthésie complète de l'hémiface du côté opéré chez d'autres.

Au bout de 12 à 15 jours, les malades ont quitté le service guéris.

CHAPITRE DEUXIEME

CONSIDÉRATIONS SUR CES OBSERVATIONS ET LEURS RÉSULTATS OPÉRATOIRES

La neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale nous a donc permis d'obtenir du premier coup la guérison complète de nos malades souffrant de névralgie faciale. C'est, à notre avis, la preuve que la voie temporale ne mérite pas d'être délaissée. Elle fait courir moins de risques au malade et donne des résultats aussi satisfaisants que la neurotomie juxta-protubérantielle par voie postérieure suivant la méthode de Dandy. Le seul avantage de la voie occipitale, à notre avis, est qu'elle permet de découvrir, dans certains cas, une petite tumeur insoupçonnée.

Dans la série de nos douze opérés, la majorité est des femmes. Le plus souvent il s'agit de malades ayant franchi la soixantaine. Nous ferons remarquer, à ce sujet, que deux d'entre eux étaient âgés de 73 et 76 ans.

La période pré-opératoire, c'est-à-dire l'évolution de la douleur, est de nombreuses années : quinze ans, observation né I ; quatorze ans, observation né III ; huit ans, observation né II.

Le traitement initial est dominé par la méthode des alcoolisations. Un grand nombre de médecins n'ont en elles qu'une confiance limitée, à cause des échecs trop fréquents, explicables par une erreur de diagnostic ou

d'exécution. Malheureusement, ces injections d'alcool, d'une inocuité relative, n'amènent, le plus souvent, qu'une guérison temporaire. En outre, elles sont assez souvent difficiles à réussir. Nous pensons donc qu'il ne faut pas s'attarder trop longtemps sur ce traitement.

Ainsi les malades, torturés par leur névralgie, accablés au suicide, viennent demander soulagement au chirurgien.

À l'heure actuelle, la neuro-chirurgie est à même de remédier à cela avec la neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale, intervention parfaitement réglée et qui nous a donné d'excellents résultats.

Un seul de nos malades a subi une neurotomie partielle (Observation n° II). Partout ailleurs, nous avons pratiqué la section totale de la racine sensitive du trijumeau.

La question de l'anesthésie dans l'opération de neurotomie rétro-gassérienne n'est pas encore réglée. Un certain éclectisme règne au sujet des méthodes. Il est difficile de prendre position entre les avis aussi autorisés en la matière, de Robineau, de Petit-Dutaillis, de De Martel et de Clovis Vincent.

Cependant, anesthésie rectale à l'huile éthérée et anesthésie locale paraissent être les deux méthodes actuelles les plus usitées.

Malgré les objections formulées par certains auteurs (Clovis-Vincent, De Martel, etc...), nous nous sommes toujours servis de l'anesthésie locale. Ainsi l'hémostase se fait plus facilement et le shock opératoire est minime. On nous dira que la section de la racine sensitive du trijumeau est très douloureuse, mais « ces malades ont déjà tant souffert qu'il s'agit là d'un inconvénient sans importance »,

Les suites opératoires sont normales dans tous nos cas ; cependant, plusieurs de nos malades étaient dans de très mauvaises conditions au moment de l'intervention. La plus grande part sont d'âge avancé avec un état général médiocre. L'état moral laissait aussi beaucoup à désirer chez d'autres (Observ. n^{os} I et IV).

Nous n'avons à signaler qu'une seule mort survenue au sixième jour chez un hypertendu (Observ. n^o VII). Aujourd'hui, nous pensons que nous pouvions peut-être éviter cela en retardant l'intervention.

Comme l'a dit Leriche avec juste raison : « La question de la gravité de l'intervention en soi n'est donc pas en jeu. » Plus la technique se perfectionne, plus la mortalité diminue. La mortalité, dans les statistiques américaines, est en moyenne de 0,5 %. Frazier eut au début 5 % de morts ; ses 177 derniers cas n'en comportaient pas. Sur 345 opérations consécutives, Cushing n'a eu aucune mort. En France aussi on voit diminuer la mortalité. Robineau n'eut à déplorer que trois décès pour 47 interventions, de même que De Martel. Ce qui porte, pour ces deux opérateurs, la mortalité à 6,3 %. Sur 196 neurotomies faites de 1914 à janvier 1936, Leriche compte 4 morts.

La neurotomie rétro-gassérienne est donc bien devenue maintenant une intervention bénigne.

Mais ne laisse-t-elle pas à sa suite des séquelles plus ou moins importantes ? En particulier, n'y a-t-il pas un danger oculaire et n'entend-on pas souvent opposer aux bons résultats de la neurotomie rétro-gassérienne quant aux phénomènes douloureux, les risques de perte de l'œil par kératite neuro-paralytique ? Cette question de la kératite doit être également mise au

point. « Au temps de la thèse d'Edward Hermann en 1924, elle paraissait inévitable. Hermann en comptait 28 sur 53 opérés de De Martel et de Robineau : 53 %. chiffre fort » (Leriche) ; (Sicard, 9 sur 67 cas opérés). Depuis que la technique opératoire est devenue plus précise, plus douce, depuis qu'on évite soigneusement de traumatiser le ganglion de Gasser au cours de l'ouverture du cavum de Meckel, le risque de kératite est devenu infime : 6 % (Leriche), dont 2 cas seulement furent graves, l'un ayant exigé une blépharoraphie, l'autre une énucléation (chez une malade de 78 ans). Jusqu'à présent, aucun de nos opérés n'a présenté de menaces de kératite. Néanmoins, nous avons éprouvé certaines craintes au sujet d'un de ceux-ci (Obs. n° 5).

Par contre, ce que nous avons observé assez souvent, c'est une paralysie faciale, d'habitude transitoire, du côté opéré, paralysie dont le mécanisme n'est encore pas élucidé d'une manière précise.

Nous avons remarqué chez trois ou quatre de nos opérés une légère diminution de l'acuité auditive du côté opéré, fait signalé par beaucoup d'auteurs. Probablement cette hypoacousie, d'ailleurs transitoire, est en rapport avec une paralysie du muscle du marteau.

Signalons un autre petit incident chez quelques-uns de nos opérés, c'est l'éruption vésiculeuse sur la lèvre supérieure vers le cinquième ou sixième jour. Ces poussées herpétiques étaient minimales et transitoires. Probablement leur origine doit être recherchée dans un traumatisme du ganglion de Gasser.

Un détail curieux et inexplicable pour nous : toutes nos névralgies ont leur siège du côté droit, à l'exception d'une, qui est à gauche (Observ. n° IV).

Les séquelles que laissent à sa suite la neurotomie rétro-gassérienne sont donc rares et minimales. Il est à noter que ces séquelles sont plus fréquentes après l'arrachement qu'après la section. De toute façon, elles ne doivent entrer en ligne de compte pour retarder l'acte opératoire.

Donc nos résultats opératoires ont été satisfaisants. Pour tous nos malades, cette intervention a été une délivrance de leurs horribles souffrances, une véritable résurrection, une nouvelle vie.

Sur la qualité de la guérison, tout le monde est d'accord, elle est généralement excellente (Leriche); disparition complète et définitive des douleurs dans 80 à 85 % des cas (Leriche). Dans 30 % des cas, d'après Robineau (1932), il persisterait quelques fourmillements douloureux, quelques élancements en éclair au niveau de la face, n'ayant évidemment rien de comparable avec les crises antérieures et cela particulièrement chez les malades ayant eu de nombreuses injections d'alcool ou de la radiothérapie. Lorsqu'on aura pris l'habitude de faire opérer les malades traités par alcoolisation aussitôt après la première récurrence (De Martel), les résultats thérapeutiques de la neurotomie rétro-gassérienne seront encore meilleurs.

D'abord — comme le dit Leriche — « c'est un devoir pour nous de proclamer partout que nous pouvons aujourd'hui opérer ces malades du premier coup », alors « qu'autrefois on s'imaginait volontiers, en France du moins, que l'on avait en présence de la maladie trigéminal, une gamme à jouer et que, d'année en année, de dix-huit mois en dix-huit mois, il fallait employer de petits moyens, de minimales opérations, de complexité

croissante ». « Cette thérapeutique au ralenti », ajoute Leriche, « nous paraît aujourd'hui avoir un joli brin de cruauté ». D'autre part, il n'est pas inutile, croyons-nous, d'attirer l'attention sur ce fait que, si l'on ne veut pas compromettre cette intervention admirable qu'est la neurotomie rétro-gassérienne, il ne suffit pas au chirurgien d'éviter les échecs immédiats — des désastres opératoires qui sont affaire de technique — mais il lui appartient encore, par une discrimination judicieuse de la névralgie faciale et des autres algies faciales, de savoir réserver la neurotomie rétro-gassérienne à la seule névralgie faciale vraie, afin de ne pas charger la méthode opératoire d'échecs éloignés — soi-disant récidives — qui ne seraient en fait que des erreurs d'indication thérapeutique.

CHAPITRE TROISIÈME

CONCLUSIONS

I. — La neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale est une intervention bénigne. Elle permet d'obtenir de très bons résultats opératoires sans faire courir des risques très graves aux malades. La neurotomie complète ou même partielle ne sont plus discutées, elles réunissent tous les suffrages. La voie temporale doit être préférée, à notre avis, sauf indications particulières, à l'intervention par voie occipitale.

II. — L'anesthésie locale est préférable au point de vue hémostase et shock opératoire.

III. — Après la neurotomie, la disparition immédiate et complète des phénomènes douloureux est définitive.

IV. — Le risque de kératite est devenu infime avec la technique opératoire actuelle qui est plus précise et plus douce. Les autres séquelles que laisse la neurotomie rétro-gassérienne sont rares et minimes, et elles ne doivent entrer en ligne de compte pour retarder l'acte opératoire.

V. — Nous sommes d'avis qu'il faut prendre l'habitude de faire opérer les malades traités par l'alcoolisation aussitôt après la première récédive.

VI. — Il faut savoir enfin — à moins de s'exposer à de pénibles échecs — que la neurotomie rétro-gassérienne n'est efficace que contre la névralgie faciale essentielle, vraiment trigéminal. Par conséquent, avant de poser l'indication d'une neurotomie rétro-gassérienne, il faut être sûr d'avoir éliminé toutes les autres algies faciales.

Vu : *Le Président de la thèse,*
M. BREMOND

Vu et approuvé : *Le Doyen,*
M. CORNIL

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 10 mai 1940
Le Recteur, Illisible.

BIBLIOGRAPHIE

Une grande partie de cette bibliographie est due à l'obligeance des « Fichiers du *Monde Médical* », rue du Dr Blanche, Paris, et pour laquelle je les en remercie bien sincèrement.

- B. ACHARD. — Lésions buccales et péri-buccales après neurotomie rétro-gassérienne. (*Revue neuro*, T. II, n° 1, juillet 1934).
- P. ACHARD. — Troubles endo et péri-buccaux consécutifs aux neurotomies rétro-gassériennes. (*Revue d'Oto-Neuro-Ophthalmologie*, n° 7, juillet-août 1934).
- E. D. A. RICH. — Gasserian ganglion exposure. (*J. Coll. surgeons, australasia* 2 : 428-429 mars 1930).
- F. D'AJUTOLO. — Considerazioni su inéerventi per nevralgia del trigemino (neurotomie rétro-gassérienne). (*Riv. Oto-neuro-oftal.* 16 : 132-139 march-april 1939).
- F. D'AJUTOLO. — Considerazioni su interventi per nevralgia del trigemino (neurotomie rétro-gassérienne). *Bull. d. Sc. Méd. Bologna* 110 : 182-189, may-june 1938).
- ALAJOUANINE, MARTEL (de) et GUILLAUME. — Schwannome du trijumeau opéré et guéri. *Rev. Neurol.* 1930, t. I, p. 89.
- ALAJOUANINE, THUREL et BOUDIN. — Algies symptomatiques de lésions du trijumeau d'origine syphilitique, avec réactions biologiques négatives dans le liquide céphalo-rachidien. *Rev. Neurol.* 1933, t. I, p. 349.
- ALAJOUANINE et THUREL. — Les algies faciales. *Journ. Méd. franç.*, juin 1933, t. XXII, n° 6, pp. 181-205, et *Monde Méd.* 1^{er} février 1934, n° 841, p. 65.
- ALAJOUANINE et THUREL. — La névralgie faciale, importance du stimulus, dissociation de la zone d'excitation et du retentissement douloureux. *Rev. Neurol.*, novembre 1933, p. 650.
- ALAJOUANINE et THUREL. — Sur la pathogénie de la névralgie faciale. *Rev. Neurol.*, novembre 1933, p. 658.
- AUBIN. — Anesthésie tronculaire du nerf maxillaire supérieur par la voie sus-malaire. *Ann. d'Oto-Laryngol.*, juin 1933, page 695.

- AUSCH. — Traitement de la névralgie du trijumeau par la lampe de quartz froide. *Wien. Woch.*, 27 mars 1937, t. LXXXVII, n° 13, p. 349.
- BAUDOUIN, PETIT-DUTAILLIS, DEPARIS. — La neurotomie rétro-gassérienne par la technique de Dandy. Soc. de neurologie, séance du 3 février 1933. In : *L'Encéphale*, XXVII ann., n° 3, mars 1933.
- BAUDOUIN et SCHAEFFER. — Données nouvelles dans le traitement de la névralgie faciale. *Paris Méd.*, 1^{er} octobre 1932.
- BAUDOUIN et SCHAEFFER. — Physiologie et pathologie générale de la douleur. Rapport à la XVI^{me} Réunion neurologique internationale annuelle, Paris, 8-10 juillet 1937, in *Rev. Neurol.*, juillet 1937, t. LXVIII, n° 1, p. 15.
- BOCKELER. — Traitement de la névralgie du trijumeau, *Munch. Med. Woch.*, 8 novembre 1933.
- BAUER. — Notre technique d'électro-coagulation du ganglion de Gasser. *Zentralbl. für Chir.*, n° 14, 8 avril 1939.
- P. BEZZA. — Contributo allo studio dell'anatomia normale e patologica del ganglion di Gasser. *Sperimentale Arch. di biol.* 89 : 429-484, 1935.
- P. S. BABITSKIY. — Trigeminal neurotomy at pous varolii (Dandy operation). *Sovet Khir.* n° 10, pp. 644-651, 1936.
- J. BSURGUET. — Comment pratiquer une neurotomie rétro-gassérienne. *Revue de technique chirurgicale*, 25^{me} année, mars-avril, n° 2, 1933.
- J. BOURGUET. — Le traitement de la névralgie du trijumeau. Résections périphériques et profondes, gassérectomie et neurotomie rétro-gassérienne. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, mars 1928, n° 3, p. 249.
- BOURGUET. — Sur la neurotomie rétro-gassérienne. (Soc. des chirur. de Paris, 3 février 1928.
- BOURGUET. — La neurotomie rétro-gassérienne, dans la névralgie du trijumeau. II^{me} Congrès internat. de stomatologie, Bologne, 14-19 avril 1935, in : *Revue de Stomatologie*, nov. 1935.
- BOUSQUET. — Quelques points de technique de neurotomie rétro-gassérienne. XLI^{me} Congrès fr. Chirur., 3-8 octobre 1932. *Presse Médicale*, 84, 19 octobre 1932.
- BRUNO MARSIAJ. — Estudo anatomotopographico da ganglio de Gasser. Th. de Porto alégre, déc. 27.

- J. CANTON et P. LAFARGUE. — Le traitement chirurgical de la névralgie faciale. *Bordeaux Chirurgical* n° 1, janv. 1936.
- CEBALLOS et GISMONDI. — Neurotoma retro-gasériana por neuralgia del trigemio. *Bol y trab. de la soc. de cir. de Buenos-Aires*, 15 à 345-351, 17 juin 1931.
- A. CHAMPSAUR. — Sur la reflexothérapie sphéno-palatine. *Monde Médical*, janvier 1940.
- CHAVANNAZ M. J. — A propos de l'observation de M. Durosell sur un cas de neurotomie rétro-gassérienne. Soc. de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, séance du 19 juin 1930.
- CHASSERINI A. — Sulla neurotomie retro-gasseriana nelle nevralgie gravidel trigemino. *Policlinico chir.* 37 : 267-276, juin 1930.
- COLLET. — Oto-laryngologie.
- de BEULE F. — La neurotomie rétro-gassérienne partielle. — *Bruxelles Médical*, n° 36, 9 juillet 1933, p. 1001.
- DELLA TORRE P. L. — Nevralgia dei tre rami del trigemino sezione retro-gasseriana della radice sensitiva. *Cervello* Eo : 142-152, 15 mai 1931.
- DE MARTEL Th. et J. GUILLAUME. — Le traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. *Journ. de méd. français*, t. XX, octobre 1931.
- DE MARTEL Th., R. THUREL, J. GUILLAUME. — Le bilan de la neurotomie rétro-gassérienne (critique des méthodes opératoires). *J. Méd. français*, juin 1933, n° 6.
- DE MARTEL. — Neurotomie rétro-gassérienne par la voie postérieure (projections). Soc. Odontologique de France, séance du 31 mars 1939, in : *L'Information Dentaire*, 7 mai 1939, n° 19, p. 483.
- DUCUING et GERAUD. — Neurotomie rétro-gassérienne avec persistance d'une hyperesthésie douloureuse dans les heures qui ont suivi l'opération. Soc. d'Oto-Neuro-Opht. de Toulouse, séance du 17 février 1938, in : *Rev. d'Oto-Neuro-Opht.*, t. 17, n° 1, janvier 1939, p. 44.
- DRUTTER. — Lésions épidermiques consécutives à l'exclusion du ganglion de Gasser dans la névralgie du trijumeau. *Deutsch. Zeitsch. für chirurg.*, v. 248, fasc. 1-2, Berlin, 9 déc. 1936.
- DEPARIS. — Essai sur les névralgies du trijumeau. Arnette, édit., 1935.

- DE MATA. — Neurotomie du trijumeau par la fosse cerebelleuse
Rev. española de Cirugia, n° 2, 1934.
- DUPUY. — Contribution à l'étude de la neurotomie rétro-gassérienne dans les névralgies du trijumeau. Thèse de Montpellier, 1929-30.
- J. FROMENT. — La neurotomie rétro-gassérienne. *Nouveau traité de médecine*, 1935, f. XX. Masson et Cie, p. 297.
- E. FERMAND — Technique chirurgicale de la neurotomie rétro-gassérienne. *Arch. franco-belges de chir.*, 33 : 1-16 janvier 1932.
- J. FIGARELLA. — Anatomie médico-chirurgicale de la fosse cérébrale moyenne. *Marseille Méd.*, I : 281-290, 5 mars 1936.
- M. A. GLASER. — The facial neuralgias : their etiology and treatment. *Annals of Otology Saint Louis*, juin 39.
- GARCIN. — Les névralgies du trijumeau, in *Traité de Physiologie normale et pathologique*, t. X, 2^{me} part., p. 375, Masson, édit., 1935.
- GARCIN. — La douleur dans les affections organiques du système nerveux central. Rapport à la XVI^{me} Réunion neurologique internationale annuelle, Paris, 8-10 juillet 1937, in *Revue Neurol.*, juillet 1937, t. LXVIII, n° 1, p. 105.
- GUILLEMIN. — Neurotomie rétro-gassérienne pour névralgie du trijumeau. Société de Médecine de Nancy, séance du 9 fév. 1938, in *Revue Médicale de Nancy*, n° 9, 1^{er} mai 1938.
- J. HAGUENAU. — La neurotomie partielle dans le traitement de la névralgie faciale. *Rev. crit. de path. et de thérap.*, 3 : 155-162, février 1932.
- HAGUENAU — Névralgies du trijumeau. *Presse Méd.*, 27 février 1935, p. 331.
- HAGUENAU et SICARD. — Radicotomie rétro-gassérienne dans une névralgie faciale secondaire. Guérison. *Rev. Neurol.*, décembre 1937, p. 849.
- J M. IRGER. — New method to approach to gasserian ganglion
Vestnik khir, n° 61, 21 : 56-64, 1930.
- A. JIAN, D. PAULIAN, D. TURNESCO. — Névralgie faciale traitée et guérie par la neurotomie rétro-gassérienne. *Revue d'Oto-Neuro-Ophth.*, 8 : 614-619, octobre 1930.
- E. JUNGHANS. — Das genebsbild des fieber haften rheumatismus, das ganglion semilunare (Gasseri) beim rheumatismus. *Virchows Arch. f. path. Anat.* 291 : 643-652, 1933.

- JONESCO, SISESTI. — La syringobulbie. Masson, édit., 1932.
- LA,GNEL-LAVASTINE et GIBIER-RAMBAUD. — Crises d'hypersalivation au cours d'une névralgie du trijumeau par éburnation du canal dentaire inférieur. *Bul. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 12 juillet 1937, n° 24, p. 1047.
- LERICHE. — De la découverte du ganglion étoilé et des opérations qui se pratiquent à son niveau. *Lyon chirurgical*, 1926, t. 23, page 763.
- R. R. LERICHE. — Neurotomie rétro-gassérienne bilatérale pour névralgie double du trijumeau. *Bul. et Mém. Soc. de Chir.*, 8 février 1930, p. 139-140.
- LERICHE. — Neurotomie rétro-gassérienne bilatérale pour névralgie double du trijumeau. *Soc. de chirurgie*, 22 janvier 1930.
- LERICHE. — Neurotomie rétro-gassérienne. *Gaz. des Hôp.*, n° 13, 12 février 1930.
- R. LERICHE, WERTHEIMER. — Sur l'ablation du ganglion geniculé. *Lyon Chirurgical*, 1924, t. 21, p. 185.
- J. LOESSI (Debreczen). — Sur un cas de kyste du ganglion de Gasser (*Zentralblatt für chirurgie*, tome 62, n° 46, 16 nov. 1935, p. 2710-2713, 1 fig. *Journal de Chirurgie*, t. 48, n° 1, juillet 1936).
- LOESSEL. — Un cas de kyste du ganglion de Gasser. *Zent. für chir.*, n° 46, 16 novembre 1935.
- A. W. MEYER. — Gasser of gasserian ganglion. *Ann. M. Hist.* 8 : 118-123, mars 1936.
- MIMOUN. — Les résultats éloignés de la neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale. Statistique de M. le Dr Wertheimer. Thèse de Lyon, 1937-38.
- E. MISEROCCHI. — Considerazioni sopra casi di morte in seguito a neurotomia retro-gasseriana. *Riv. di pat. nerv.*, 52 : 457-475, Nov.-déc. 1938.
- NEGRIE — Névralgie essentielle du trijumeau. Neurotomie rétro-gassérienne. *Arch. de Méd. et Pharm.*, nov., 119-414-420, july-sept. 1929.
- A. ODASSO. — La neurotomia retro-gassiriena nella cura della névralgie ribella dei trigemino. *Minerva med.*, I : 421-427, 17 mars 1931.
- ORATOR. — Névralgie du trijumeau, section rétro-gassérienne. *Zentralblatt für Chirurgie*, n° 18, 30 avril 1932.

- O. OBY. — De l'importance des déficiences de Hyrtl dans la résection rétro-gassérienne du trijumeau (surdité post-opératoire). *La Presse Médicale*, né 1, 2 janvier 1937.
- D. PETIT-DUTAILLIS, G. LOORY. — Un cas de névralgie faciale traité par neurotomie juxta-protubérantielle (méthode de Dandy). Résultat récent. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 55 : 1224-1232, novembre 1929.
- PETIT-DUTAILLIS. — A propos de vingt-cinq cas de névralgies faciales opérées par voie postérieure (méthode de Dandy). *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 23 mai 1934, t. LX, né 18.
- PETIT-DUTAILLIS — Technique et résultats de la neurotomie juxta-protubérantielle du trijumeau par voie postérieure (méthode de Dandy). *Journ. de Chir.*, septembre 1934, p. 415.
- PETIT-DUTAILLIS. — Traitement chirurgical de la névralgie faciale. *Progrès Méd.*, 15 janvier 1938, né 3, p. 65.
- PETIT-DUTAILLIS. — Résultats de 91 neurotomies rétro-gassériennes, les unes par voie temporale et les autres par voie postérieure. Séance du 19 juin 1937 de la Société Belge de Chirurgie. *Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*, né 6, juin 1937, pp. 387-392.
- Maurice ROBINEAU, André SICARD. — La neurotomie rétro-gassérienne partielle. Résultats cliniques. Indications. *Journal de Chirurgie*, t. XL, né 1, juillet 1932.
- RAVINA, HAGUENAU et FAULON. — Syndrôme de Wallenberg avec réactions hyperalgiques. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpitaux Paris*, juillet 1935, né 25, p. 1341.
- RUPPE. — Sémiologie des algies faciales d'origine dentaire. — *Presse Médicale*, 29 juillet 1936, p. 1235.
- REVEL et PITOT. — Névralgie rebelle du trijumeau gauche. Neurotomie rétro-gassérienne. Guérison, présentation de l'opéré après 2 ans. — Société de Médecine de Nîmes, séance du 4 juillet 1935, in : *Echo Médical des Cévennes*, octobre 1935.
- A. RICARD. — A propos du traitement chirurgical de la névralgie faciale, neurotomie rétro-gassérienne ou section juxta-protubérantielle. *Lyon Chir.*, 34 : 726-730, nov.-déc. 1937.
- P. ROQUES — Névralgie essentielle du trijumeau, neurotomie rétro-gassérienne partielle. *Bul. et Mém. de la Société de Chir. de Marseille*, séance du 24 juin 1935.
- P. ROQUES. — Névralgie essentielle du trijumeau, neurotomie rétro-gassérienne partielle. Soc. de Chirurgie de Marseille, séance de juin 1935, in : *Marseille Médical*, 5 août 1935.

- ROUSSEAU, LEGAIT, HANTCHEF. — De la neurotomie rétro-gassérienne dans le traitement de la névralgie faciale. *Rev. Méd. de Nancy*, 66 : 32-36, 1^{er} janvier 1938.
- J. SENEQUE. — Technique de la neurotomie rétro-gassérienne. — *Journal de Chirurgie*, n° 2, août 1929, p. 153.
- J. SENEQUE. — Des avantages de l'anesthésie locale dans la neurotomie rétro-gassérienne. *Bul. et Mém. de Chir.*, 57 : 176-178, 14 février 1931.
- A. SICARD. — La neurotomie rétro-gassérienne partielle dans le traitement de la névralgie faciale. Etude anatomique, résultats cliniques. Thèse, Paris, 1931.
- E. STINCER. — Neurotomie rétro-gassérienne. *Rev. de med. y cir. de la Habana*, 35 : 310-315, 31 mai 1930.
- TINEL. — Névralgie faciale récidivant huit mois après résection de la racine sensitive du trijumeau. *Revue Neurol.* I : 765-769, mai 1930.
- A. TROSSARELLI. — Alcuni dati sulla struttura del ganglio di Gasser posti in luce coi metodi del Donaggio. *Riv. Sper. di Freniat.*, 60 : 75-79, 31 mars 1936.
- THIENPONT. — Une nouvelle technique de la neurolyse du ganglion de Gasser dans les névralgies du trijumeau avec contrôle radiographique. Société Belge de Radiologie, séance du 12 novembre 1939, in : *Le Scalpel*, n° 3, 20 janvier, 1940, page 93.
- D. VALLONE. — Di un particolare di tecnica della neurotomia retro-gasseriana. *Riforma med.*, 46 : 1790-1792, 10 nov. 1930.
- E. VAMPRE. — Neurologia post-opératoire (fisio-patologia do ganglio de Gasser). *Arg. Inst. Pedibo Burnier*, I : 19-616, march 32.
- VERNEJOUL. — Trois cas de neurotomie rétro-gassérienne. *Bul. et Mémoires de la Soc. de Chir. de Marseille*, séance du 3 juin 1935.
- DE VERNEJOUL. — Trois cas de neurotomie rétro-gassérienne, dont deux sous anesthésie locale. Société de Chirurgie de Marseille, séance de mai 1935, in : *Marseille Médical*, 5^e août 1935.
- L. VILAI ABADAL. — Guariment de la neuralgia del trigeminat per la neurolisi del ganglione Gasser. *Annals de medicina* n° II, novembre 1928, p. 625.

- C. VINCEDT. — Des dangers de l'anesthésie locale dans la section rétro-gassérienne du trijumeau par voie temporale. *Anesth. et Analg.*, 3 : 533-544, nov. 1937.
- Suzanne VAN AUTGAERDEN. — Contribution à l'étude de la neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale. Thèse de Paris, 1939, analyse in : *Bulletin Médical*, n° 46, 18 nov. 1939.
- H. WELTI. — A propos de la neurotomie rétro-gassérienne pour névralgie faciale. *Helvet. Med. Acta*, 5 : 790-794, déc. 1938.
- P. WERTHEIMEL et G. MIMOUN. — Les résultats éloignés de la neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars 1938, p. 151-155. *Ann. Belges de Stomatol.*, n° 3, juillet 1938, p. 73.
- P. P. PRAT. — Le traitement des névralgies du nerf maxillaire inférieur, etc. *Gazette Médicale de l'Est*, 1^{er} février 1938.
- A. RICARD. — Accidents opératoires et post-opératoires dans la chirurgie cérébrale. *Gazette Médicale de l'Est*, 15 janv. 38.
- J. SIGWALD. — Les névralgies des nerfs craniens. In : *Encyclopédie Médico-Chirurg. T. Neurologie*, f. 17.091.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PUBLICATIONS

Comme collaborateur de M. le Professeur P. Jacques

1. — L'ablation des amygdales palatines et pharyngées dans la pratique hospitalière. P. Jacques, A. Blum, Hantchef : *Revue Médicale de Nancy*, n° 2, 1939.
2. — Sur la prévention des œsophagites sténosantes par caustiques. P. Jacques: *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1935. *Les Echos de la Médecine*, septembre 1935.
t. 114, 1935. *Revue de Broncho-œsophagoscopie*, n° 3,
3. — Etat actuel de la question de la prévention des sténoses œsophagiennes par caustiques. Prof. Jacques : Congrès de la Société de Broncho-œsophagoscopie, Paris, octobre 1938. *Revue de Broncho-œsophagoscopie*, janvier 1939. *Revue d'Hygiène de Médecine Sociale*, janv. 1939.

Comme collaborateur de M. le Professeur agrégé R. Rousseaux

4. — Troubles mentaux et tumeurs cérébrales. Meignant, Rousseaux, F. Mathieu, Hantchef : *Revue Médicale de Nancy*, n° 3, 1939.
5. — De la neurotomie rétro-gassérienne dans le traitement de la névralgie faciale. Rousseaux, Legait, Hantchef : *Revue Médicale de Nancy*, n° 1, 1938.
6. — Syndrome adiposo-génital associé à un état acromégaloïde dans un cas d'hydrocéphalie interne. Drainage du 3^{me} ventricule. Meignant, Rousseaux, F. Mathieu, Hantchef : *Revue Médicale de Nancy*, n° 21, 1938.
7. — Fracture de la colonne dorsale avec paraplégie. Laminectomie tardive. Drouet, Rousseaux, F. Mathieu, Hantchef : *Revue Médicale de Nancy*, n° 6, 1939.
8. — A propos de quelques cas d'intervention pour arachnoïdite optochiasmatique. (Sous presse).

9. — Méningiome de la tente du cervelet. (Sous presse).
 10. — Sur un cas de tumeur hypophysaire. (En préparation).
En collaborations diverses
 11. — Goître lingual. P. Aubriot, A. Blum, Hantchef : *Revue Médicale de Nancy*, n° 9, 1939.
 12. — A propos d'un cas rare de kyste hydatique du corps thyroïde. A. Blum, Boquet, Hantcef : *Revue Française d'Endocrinologie*, t. 17, n° 2, 1939. *Revue Médicale de Nancy*, n° 12, 1939.
 13. — Un cas de tumeur mixte de la glande sous-maxillaire.
A. Blum, Hantchef, Boquet : *Revue Médicale de Nancy*, n° 10, 1939.
 14. — Spirochetoses et eaux douces (en collaboration avec Dr. Dombrey, chargée de cours à la Faculté de Nancy. Sous presse).
 15. — Travaux pratiques de parasitologie. Recueil de conférences faites aux étudiants de 3^{me} année, 1937.
 16. — Enquête sanitaire ,épidémiologique et d'hygiène sociale à Houdreville (Meurthe-et-Moselle) (en collaboration avec S. Couilleaux. Institut régional d'hygiène, Nancy, 1935.
 17. — Sur les traumatismes du tympan dans les aciéries en collaboration avec le Dr L. Crestin. (En préparation).
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	Pages 5
Introduction.....	9

PREMIERE PARTIE

Généralités

CHAPITRE I. — Historique	13
» II. — Aperçu anatomo-chirurgical	17
» III. — Brève étude clinique sur les né- vralgies faciales	25
» IV. — Technique opératoire utilisée	31

DEUXIEME PARTIE

Étude Personnelle

CHAPITRE I. — Observations personnelles	39
» II. — Considérations sur ces observations et leurs résultats opératoires	49
» III. — Conclusions	55
Bibliographie	57
Autres publications	67

● LES IMPRESSIONS D'ART
IMPRIMERIE DEVAYE
Rue Jean
M é r o
CANNES

5 - 1940

